

7

TESIS  
4844  
(1987)

UNIVERSIDAD DEL SALVADOR

FACULTAD DE PSICOLOGIA

Tesis de doctorado en Psicología



"ASOCIACIONES EXISTENTES ENTRE TIPOLOGIA  
FAMILIAR Y SINTOMATOLOGIA"

Estudio de las asociaciones existentes  
entre el tipo de interacción familiar y la  
sintomatología prevalente del paciente i-  
dentificado.

UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

Autora: Lic. María Natividad Bontempi de de Asúa

Padrino: Prof. Dr. Carlos R. Collazo

-1987-



In memoriam,

M. T. de B.



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

### Agradecimientos

A las familias estudiadas, que aportaron los datos que constituyen la base de esta tesis.

Al Dr. Carlos Collazo, por su guía durante la realización de este trabajo.

A la Lic. María Ester Panizo, coordinadora del equipo de terapia familiar sistémica del hospital Tobar García, quien me introdujo en el cuerpo de la teoría familiar sistémica y me brindó su estímulo en las etapas iniciales de esta tarea.

A los siguientes profesionales del equipo, por su colaboración: Lic. Mónica Favrot; Lic. Beresa Zarabozo; Dra. Sara Goldsztein; Dr. Carlos Contín; Lic. Sara Cosacov; Lic. Lilian Lozzia; Lic. Norma Tocker y Lic. Alejandra Esborraz.

Al Dr. Alberto Manterola por su guía en la realización del análisis estadístico de los datos.

A la Sociedad Argentina de Terapia Familiar y al Centro de Familia y Pareja (CEFYP) por permitirme el acceso a sus bibliotecas.

A la Dra. Angela de Gentile, por su colaboración.

A mi esposo Miguel, mi hijo Ignacio y mi suegra María Dolores, sin cuyo constante apoyo y comprensión no podría haber realizado esta tarea.

<u>INDICE</u>	pág.
INTRODUCCION	III
I-ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION	1
I.1-Introducción	1
I.2-Criterios de clasificación	3
I.3-Conclusiones	20
I.4-Apéndice	24
II-HIPOTESIS	25
II.1-Hipótesis de trabajo	25
III-METODOLOGIA	26
III.1-Plan general de trabajo	26
III.2-Población	26
III.3-Curso de trabajo	27
III.4-Protocolo	30
III.5-Tabulación	40
III.6-Definición operacional de los síntomas	41
IV-RESULTADOS	52
IV.1-Sistematización y análisis de los resultados	52
IV.2-Síntesis de los resultados	65
V-CONCLUSIONES	69
TABLAS Y GRAFICOS	71
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	99



## INTRODUCCION

Desde hace más de dos décadas el enfoque sistémico de terapia familiar ha venido desarrollando un cuerpo de teoría y de praxis terapéutica. Por sus características -duración breve del tratamiento, amplia cobertura - este método es óptimo para ser aplicado en instituciones de asistencia primaria, en particular en los países en desarrollo y con población de bajos recursos.

A pesar del trabajo teórico logrado hasta la fecha aún quedan por esclarecer cuestiones fundamentales de este tipo de abordaje terapéutico.

Una de estas cuestiones es la vinculada a la relación existente entre la tipología familiar que es posible considerar de acuerdo a las características interaccionales y los síntomas observables en los pacientes identificados en cada grupo familiar.

Aportar nuevos elementos a este punto tiene singular importancia para lograr:

- a) una clarificación de los mecanismos psicopatogénicos contribuyentes a la emergencia y mantenimiento del síntoma.
- b) el establecimiento definitivo de una concurrencia entre tipos de estructura familiar y síntomas emergentes.
- c) facilitar la prevención primaria en la atención de familias sobre todo como un valioso auxiliar en la asistencia primaria pediátrica, facilitando al no especializado la detección de eventuales patologías.



## CAPITULO I - ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION

### I.1 - Introducción

La relación entre las manifestaciones sintomatológicas de los desórdenes psicopatológicos en el orden individual y los tipos de estructura familiar a la que el caso índice pertenece, es uno de los tópicos más importantes del enfoque terapéutico sistémico.

Para establecer las correspondientes relaciones entre los distintos modos sintomáticos y los distintos modelos de interrelación familiar es necesario ante todo : a) establecer una clasificación de los síntomas, y b) establecer una tipología familiar.

Son muchos los autores que se han ocupado de este último punto.

Es decir, de intentar establecer correlaciones entre un espectro sintomático y un espectro de "tipos familiares" . Muchos también han acometido la tarea más sencilla pero igualmente relevante de establecer vínculos significativos entre alguna patología específica y las perturbaciones de la dinámica familiar a las que se asocia por el origen del síntoma.

En este trabajo se efectúa una revisión de todos estos enfoques.

Se considerarán conjuntamente los autores que intentaron establecer algún nexo de concomitancia entre una interacción familiar patológica y una enfermedad o síntoma y aquellos que pretendieron correlacionar las distintas especies de una clasificación de una tipología familiar y los diferentes síntomas. Se presentan estos estudios ordenados de acuerdo al criterio de clasificación que cada autor utilizó para formular sus categorías de familia.

1

Dichos criterios son:

- A) patrones de relación de la familia con el mundo: predominancia de los vínculos de la familia con el afuera o de los vínculos intrafamiliares.
- B) capacidad de alternar cambio y mantenimiento: es decir posibilidad o no de modificar las reglas vitales ante las crisis preservando la integridad del sistema total y la autonomía funcional de sus partes.
- C) características de la interacción familiar.



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

## I.2 -Criterios de clasificación

### A) Patrones de relación con el mundo.

A.1- Eric Erikson (1) establece dos categorías de familia: a) familias centrípetas (CP) y b) familias centrífugas (CF).

a) La familia centrípeta se orienta hacia el adentro, es difícil para sus miembros desprenderse o tener un alto grado de inversión emocional fuera de la familia. Tienden a encubrir los conflictos y sentimientos negativos y a mantener la unidad y armonía familiar. Los roles y patrones de relación son relativamente estables. Los padres dificultan la independencia de los hijos y recompensan sus conductas "adhesivas" o "pegajosas".

b) La familia centrífuga tiene una orientación hacia el afuera. Los padres estimulan la independencia de sus hijos y las conductas agresivas e independientes. Los conflictos son expresados abiertamente. La coalición parental es típicamente crónica e inestable.

A.2- W. Robert Beavers (2)(3) se basa en las postulaciones de Erikson. Teniendo en cuenta los patrones de relación con el mundo y la eficacia familiar en el cumplimiento de tareas (competencia) define siete categorías de familia: 1) familias sanas: a) familias óptimas, b) familias adecuadas; 2) familias intermedias; c) familias centrípetas intermedias, d) familias centrífugas interme-



dias, e) familias mixtas; 3) familias severamente disfuncionales; f) familias severamente disfuncionales centripetas, g) familias severamente disfuncionales centrifugas.

En el grupo de las familias sanas a) las familias óptimas proveen un paradigma de funcionamiento efectivo. Los límites y la diferenciación entre los miembros son claros y respetados, hay una actitud que tiende al encuentro humano, la comunicación es franca, la coalición parental es firme sin evidencias de coaliciones parento-filiales eficaces. Las interacciones son espontáneas, los niveles de iniciativa son altos, se alienta la expresión de los afectos, existe la creencia en variadas y complejas motivaciones humanas, es frecuente el humor y el ingenio, son capaces de enfrentar pérdidas y muertes. Son familias no sintomáticas.

b) Las familias adecuadas están más orientadas hacia el control que las óptimas. Los roles están más estereotipados. Los padres se esfuerzan por obtener mayor poder manifiesto y son capaces de tener intimidad y sentir confianza entre ellos.

Beavers encuentra similitudes entre estas familias y las levemente disfuncionales en sus actitudes de oposición, su respeto sólo modesto por los puntos de vista subjetivos, el uso de mecanismos de distanciamiento en la comunicación, coaliciones parentales poco firmes, una explicación simple acerca de la conducta humana y espontaneidad muy limitada.

Estas familias no tienen miembros sintomáticos.

Las familias intermedias se orientan hacia el control, y se caracterizan por las diferencias y la lucha por el poder.

Poseen la creencia que la gente es básicamente mala . Sus miembros son susceptibles de enfermedades emocionales.

c) Las familias centrípetas intermedias utilizan el control directo y esperan tener éxito al hacerlo. Reprimen la hostilidad y expresan el afecto.

d) Las familias centrífugas intermedias utilizan el control indirecto, la manipulación o la intimidación y en general esperan fracasar al hacerlo. Son familias abiertamente hostiles y agresivas, que evitan el autocontrol y el poder social. Los sentimientos de hostilidad de estas familias alimentan los movimientos centrífugos de sus miembros.

e) Las familias intermedias mixtas son aquellas que tienen conductas centrípetas en forma alternada y conflictiva.

Las familias severamente disfuncionales dan la sensación de desmembramiento. El poder es ejercido indirectamente y en forma encubierta. La interacción familiar parece caótica.

Estas familias se caracterizan por una actitud que se opone al encuentro humano, el uso de mecanismos de distanciamiento y confusión, coaliciones parento-filiales , una comprensión simplista y lineal de la conducta humana, conductas controladoras e invasoras, interacciones rígidas y estereotipadas, pasividad, rigidez e inflexibilidad.

En este grupo se encuentran : e) las familias severamente disfuncionales centrípetas poseen una barrera casi impermeable al mundo exterior. Las reglas familiares son estáticas y desdibujadas. No aceptan la ambivalencia, expresan abiertamente los

sentimientos positivos y los sentimientos negativos son expresados tangencialmente mediante conductas. Los niños de éstas familias están seriamente discapacitados para luchar por crecer. Una forma de expresarse es la apertura esquizo-frénica.

f) Las familias severamente disfuncionales centrífugas tienen un límite muy tenue con el mundo exterior. Predominan los sentimientos de hostilidad y desprecio, los sentimientos de calidez y ternura son expresados indirectamente mediante conductas. Los niños están tan discapacitados como los del grupo anterior. Las conductas sintomáticas más habituales son la personalidad antisocial, el abuso de niños, las desviaciones sexuales y la drogadicción.

Beavers desarrolla un modelo bidimensional en el cual adapta la dimensión estilística de Stierlin. Ubica en una dimensión la estructura, flexibilidad y competencia de la familia y en la otra dimensión el estilo familiar.(4)

A.3- Odette Masson (5) describe grupos de familias con niños golpeados con modalidades de comportamiento muy severamente disfuncionales. Son familias con etapas de funcionamiento armonioso y con etapas de crisis y maltrato, con la estructura familiar preservada pero con la reproducción de estas modalidades de comportamiento disfuncional generación tras generación.

B) Capacidad de alternar cambio y mantenimiento.